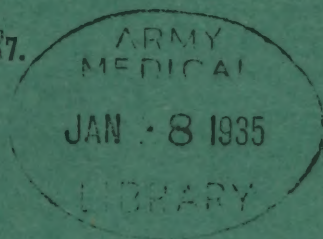
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

# THESE

DE

## AUGUSTO CEZAR TORRES BARRENSE

1867.



BAHIA:

TYP. DA *CONSTITUIÇÃO* DE F. A. DE FREITAS,

Rua das Campellas n.º 40, 1º andar,

1867.

# THESE

APRESENTADA EM AGOSTO DE 1865

E SUSTENTADA EM MARÇO DE 1867

NA FACULDADE DA BAHIA

PARA OBTER

O GRÁO DE DOUTOR EM MEDICINA


## POR AUGUSTO CEZAR TORRES BARRENSE

EX 2.° CIRURGIÃO DE COMMISSÃO DO CORPO DE SAUDE DO EXERCITO,

**filho legitimo do Capitão Cezar Torres Barrense e D. Custodia Maria da Conceição Barrense,**

***NATURAL DA VILLA DA BARRA***

*(Provincia da Bahia)*


**BAHIA:**

**TYP. DA *CONSTITUIÇÃO* DE F. A. DE FREITAS,**

**Rua das Campellas n.° 40, 1° andar,**

**1867.**

# FALCUDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

## DIRECTOR

### O Exm. Sr. Cons. Dr. João Baptista dos Anjos.

VICE-DIRECTOR

**O Exm. Sr. Conselhero Vicente Ferreira de Magalhães.**

**LENTES PROPRIETARIOS.**

*1.º ANNO.*

| OS SENHORES DOUTORES. | MATERIAS QUE LECCIONÃO. |
|---|---|
| Cons. Vicente Ferreira de Magalhães . | Physica em geral, e particularmente em suas applicações a Medicina. |
| Francisco Rodrigues da Silva . . . . | Chimica e Mineralogia. |
| Adriano Alves de Lima Gordilho. . . | Anatomia descriptiva. |

*2.º ANNO.*

| | |
|---|---|
| Antonio Mariano do Bomfim . . . . | Botanica e Zoologia |
| Jeronimo Sodré Pereira. . . . . . | Physiologia. |
| Antonio de Cerqueira Pinto. . . . . | Chimica organica. |
| Adriano Alves de Lima Gordilho. . . | Anatomia descriptiva, sendo os alumnos obrigados á dissecções anatomicas. |

*3.º ANNO.*

| | |
|---|---|
| Elias José Pedroza . . . . . . . | Anatomia geral e pathologica. |
| José de Goes Siqueira. . . . . . . | Pathologia geral. |
| Jeronimo Sudré Pereira. . . . . | Physiologia. |

*4.º ANNO..*

| | |
|---|---|
| Cons. Manoel Ladisláo Aranhas Dantas | Pathologia externa. |
| Alexandre José de Queiroz . . . . . | Pathologia interna. |
| Mathias Moreira Sampaio . . . . . | Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recem-nascidos. |

*5.º ANNO.*

| | |
|---|---|
| Alexandre José de Queiroz . . . . | Pathologia interna. |
| José Antonio de Freitas. . . . . . | Anatomia topographica, Medicina operatoria e apparelhos. |
| Joaquim Antonio d'Oliveira Botelho . . | Materia medica e therapeutica. |

*6.º ANNO.*

| | |
|---|---|
| Domingos Rodrigues Seixas. . . . . | Hygiene, e Historia da Medicina. |
| Salustiano Ferreira Souto . . . . . | Medicina legal. |
| Antonio José Ozorio . . . . . . . . | Pharmacia. |

---

| | |
|---|---|
| . . . . . . . . . . . . . . . . . | Clinica externa do 3. e 4. |
| Antonio Januario de Faria . . . . . | Clinica interna do 5. e 6. |

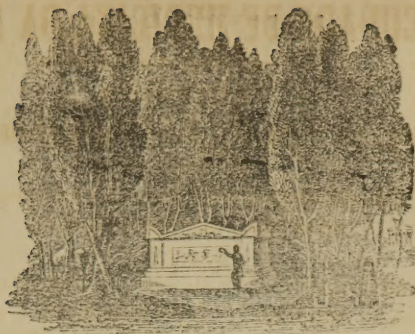
**LENTES OPPOSITORES.**

| | |
|---|---|
| José Affonso Paraizo de Moura. . . .<br>Augusto Gonsalves Martins . . . .<br>Domingos Carlos da Silva . . . .<br>. . . . . . . . . . . . . .<br>. . . . . . . . . . . . . . | Secção Cirurgica. |
| Ignacio José da Cunha . . . . .<br>Pedro Ribeiro de Araujo . . . . .<br>Rozendo Aprigio Pereira Guimarães. .<br>Josè Ignacio de Barros Pimentel. .<br>Virgilio Climaco Damazio . . . . . | Secção Accessoria. |
| . . . . . . . . . . . . . .<br>Demetrio Cyriaco Tourinho . . . .<br>Luiz Alvares dos Santos. . . . . .<br>JoãoPedro da Cunha Valle. . . . .<br>. . . . . . . . . . . . . . | Secção Medica. |

SECRETARIO—**O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.**

OFFICIAL DA SECRETARIA—**O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.**

---

*A Faculdade não approva, nem reprova as idêas emittidas nesta These.*

A' SAUDOSA MEMORIA DE MINHA MÃE

Uma lagrima.

---

A' MEMORIA DE MEU PADRINHO

A' MEMORIA DE MEUS TIOS E TIAS

A' MEMORIA DE MEUS AVO'S

Dolorosa recordação.

---

## A' MEU PAE

Muita amizade e gratidão.

---

## A MEUS IRMÃOS

## A' MINHAS IRMÃS

Muita amizade.

---

### AOS PARENTES QUE ME ESTIMAM

Muita dedicação.

---

## A' MEUS AMIGOS

Amizade.

---

## A' MEUS RESPEITAVEIS MESTRES

Respeito.

---

## A' MEUS COLLEGAS

Lembrança.

# TRATAMENTO DOS ESTREITAMENTOS URETRAES

## PRIMEIRA PARTE.

# DISSERTAÇÃO.

Ainsi, on rencontre, dans les maladies de l'appareil urinaire, ainsi bien que dans celles des autres systemes de l'economie, une serie nombreuse de phenomines morbides, á l'egard des quels on n'a pu jusqu'ici ni saisir la liaison qui les unit aux alterations organiques, ni determiner celles de ces derniéres qui coincident avec eux et qui ont souvent un siége different, meme fort eloigné.

( CIVIALE ) *Maladies des organes genito-urinaires* ).

### ANATOMIA DA URETRA.

ANTES de entrarmos no desenvolvimento do ponto, que vai ser objecto de nossa dissertação, convém que façamos algumas considerações sobre a anatomia do orgão, onde se levanta o grande theatro das manifestações morbidas, que constituem os estreitamentos uretraes; sobre a pathologia destes, comprehendendo a etiologia, a symptomatologia, a anatomia pathologica, e finalmente a pathogenia, que muito interessa a therapeutica da molestia em questão.

Terminaremos pelo tratamento dos estreitamentos organicos da uretra, ponto principal desta dissertação.

A uretra é o canal excretor da urina e do esperma: ella tem por limite o orificio vesical, e o meato urinario.

Civiale a dividio em porção fixa e porção movel; a primeira vae do orificio visical ao ligamento pubiano, a segunda deste ao meato urinario. Outros porém a dividem em trez porções: esponjosa ou bulbosa, membranosa ou musculosa, e prostatica.

A porção esponjosa da uretra, a mais extensa das trez, tem um comprimento em geral de quatro ou cinco pollegadas. O tecido esponjoso, que dá o nome a esta porção e fórma quasi exclusivamente as suas paredas, é constituido por duas membranas e por um tecido cellulo—erectil no seu intervallo. As duas membranas são uma externa, e outro interna, a interna, reconhecida hoje uma verdadeira parede muscular, graças aos trabalhos de M. M. Reybard, Deville, e Jaquemet, apresenta-se debaixo da fórma de fibras circulares, tendo a sua inserção provavelmente na goteira inferior dos corpos cavernosos, é de côr

cinzenta, e cobre um plano vasculoso. E' á contração de suas fibras, que é divida a difficuldade do catheterismo, e tambem os estreitamentos espasmodicos.

A membrana externa é de natureza fibrosa e pouco elastica; pela união della com a interna se fórma no logar, onde o bullo abraça a uretra, uma dobra, que Amussat chama colleto fibroso do bullo.

O bullo, corpo pyriforme situado na linha media e entre as aponevroses superficial e media do perineo, é coberto pelos musculos bullo—cavernosos em uma extensão de sete a oito linhas; depois de fórmar em parte as paredes da uretra, eleva-se quatro a cinco linhas, e vae situar-se na goteira longitudinal, formada pelos corpos cavernosos na parede inferior. Além do tecido esponjoso, que fórma esta porção da uretra, ella é ainda constituida pela membrana muscosa, e tecido submucoso.

As arterias, que se distribuem nesta porção nascem da pudenda interna, e são muito pequenas e delgadas.

A porção membranosa está afastada da symphise pubiana dezeseis á vinte millimetros. Para Boyer, Ducarsp, e Blandin o seu comprimento varia entre dez e doze linhas; Malgaigne achou cinco a oito linhas. A sua extructura não é igual á da porção esponjosa. Debaixo da mucoza, que forra as suas paredes, encontrão-se camadas de fibras musculares pallidos, umas circulares, outras longitudinaes; por fóra existem os musculos de Wilson, reunião de fibras musculares vermelhas bastante compactas, dando grande solidez á esta porção. A porção prostatica é constituida pela parte da uretra, que é abraçada pela prostata. Sua extensão é muito variavel. Bayer diz que ella tem quinze a dezeseis linhas; Tloquet quinze; Malgaigne seis a dez linhas. Em uma prostata doente tem-se encontrado duas pollegadas de extensão de mais que no estado normal. Para o catheterismo, é importante conhecer estas alterações, que influem na mudança da direção do canal. Quanto ao diametro, é elle mais consideravel do que os das outras porções no estado normal; elle é sempre augmentado nas hypertrophias da prostata e nos estreitamentos antigos.

A prostata é um corpo glandular, que está em relação atraz com o recto, adiante com o baixo fundo da bexiga, a uretra, e symphise pubiana; ella segrega um liquido amarellado, que é execretado por dose canaliculos, abertos dos lados do verum montamum: em sua face superior existe uma chamfradura onde se aloja a uretra. Uma membrana fibrosa com grande quantidade de fibras musculares provenientes da bexiga, a envolve, dotando-a de grande solidez e espessura.

Depois de descritas as diversas porções em que a uretra se acha dividida, vamos estudal-a ainda quanto a sua direcção, comprimento, calibre e faces.

No estado de flacidez, a uretra apresenta duas curvaduras, que fazem-na comparar a um S. Destas curvaduras, só é permanente, a que comprehende a porção fixa da uretra, a outra desapparece no estado deerecção do penis.

Até hoje não se tem podido avaliar com certeza o comprimento da uretra, Malgaigne achou no estado de flacidez cinco a seis pollegadas; no estado de erecção oito, Reylard e Lallemand no vivo seis, Amussat sete a oito, Velpeau seis a sete, Bayer dez a doze. A uretra não é um canal uniforme no seu todo.

M. Sappey em suas experiencias chegou aos resultados seguintes: a uretra apresenta-se dilatada em tres partes, estreitada em quatro, os pontos estreitados não tem a mesma capacidade, nem a mesma fórma.

Nas duas faces da uretra, interna, e externa, nota-se, na primeira uma membrana mucosa delgada e transparente, algumas dobras longitudinaes, duas linhas esbranquiçadas nas faces superior e inferior do canal: a linha inferior se termina na extremidade posterior do verum mortamur. Na parte media desta eminencia se observa os orificios dos canaes ejaculadores; lateralmente as aberturas dos conductos excretores da prostata, adiante os das grandulas de Cooper.

Espalhadas na mucosa uretral encontrão-se as lacunas de Margagni, dobras as vezes bastante desenvolvidas onde a ponta da sonda póde penetrar, e dissimular a existencia de estreitamento A face externa corresponde superiormente á chamfradura longitudinal dos corpos cavernosos; embaixo e lateralmente ella é separada da pelle por tecido cellular, e pela aponevrose inferior do perinêo; a porção sub-pubiana é coberta pelo escroto; a membranosa, e parte da sponjosa estão em relação com o bulbo, e os musculos ischio-cavernosas; a prostatica inferiormente com o recto, e superiormente com a face posterior da symphise pubiana. As arterias, que vão a uretra, nascem dos ramos vesicaes inferiores, das arterias cavernosas, e da dorsal do virgo; as veias são satelites das arterias e formão o plexoprostatico; os nervos nascem do pudendo interno e do plexohypogastrico.

## PATHOLOGIA DOS ESTREITAMENTOS DA URETRA.

### DEFINIÇÃO. DIVISÃO.

Chama-se estreitamento da uretra a diminuição passageira ou permanente do canal da uretra em um ou mais pontos. Amussat, Leroy d'Etiolles, Reybard, e outros dividem os estreitamentos em espasmodicos, inflammatorios, organicos e mecanicos; Ch Bell, Sdmering, e Cooper só admittiam duas divisões, estreitamentos espasmodicos ou dilataveis e organicos ; Beclard, imflammatorios, e organicos, estes em bridas, callosidades, endurecimentos submucosas; ulcerações, vegetações e varices. Aceitamos a primeira destas divisões por ser a mais geralmente seguida. Trataremos particularmente dos estreitamentos organicos.

# ESTREITAMENTOS ORGANICOS DA URETRA.

## DEFINIÇÃO. ETIOLOGIA.

Estreitamento organico da uretra é um estado morbido caracterisado pela diminuição permanente ou progressiva do canal, produsida pela retracção gradual de um tecido pathologico em um ou mais pontos, dando como effeito immediato a difficuldade ou impossibilidade da sahida da urina.

A etiologia dos estreitamentos organicos comprehende dous grupos de causas predisponentes e occasionaes. Entre as causas predisponentes figurão, como tendo alguma importancia, a idade, a habitação e o temperamento.

Na mulher os estreitamentos uretraes são muitos raros; a largura da uretra, sua facil dilatação, seu comprimento menor, e uma organisação simples explicão cabalmente a verdade desta asserção. E' o homem, quem gosa do previlegio exclusivo dos estreitamentos. Na infancia observão-se poucos casos, em quanto que são muito frequentes nos adultos, e nos velhos. E' nas grandes cidades, fócos de civilisação e devassidão; nos climas quentes finalmente, que as estatisticas nos apontão os innumeros factos de estreitamentos organicos. Os homens de temperamento nervoso, ou sanguineo, de imaginação exaltada são muito predispostos a contrahir estreitamentos.

As causas occasionaes podem-se reduzir a duas classes: as feridas e as inflammações, isto é, causas traumaticas, e inflammatorias.

As primeiras tem sido divididas em trez grupos; no primeiro estão as feridas, as ulceras, quer espontaneas, quer produzidas por gangrenas, inflammações, catheterismo, corpos estranhos, cauterisação, excisão, e ruginação; no segundo, estão as feridas por instrumentos cortantes; as roturas por manobras sobre o penis; no terceiro, as contusões por pancadas ou queda sobre o perinêo. Estas diversas soluções de continuidade dão em resultado quasi sempre as coarctações uretraes. Qualquer que seja a causa, o resultado é o desenvolvimento de um tecido heterologo, ou de natureza fibroide, segundo M. Reylard.

Ninguem hoje duvida da grande influencia, que tem as inflammações na etiologia dos estreitamentos. Cooper e Delpech dizião: em cem casos, noventa e nove são produsidos por inflammações. As injecções causticas tão preconisadas pelos sectarios do methodo abortivo da blenorrhagia são sem duvida alguma uma das causas mais poderosas de estreitamentos; o mesmo se póde dizer das ulcerações, e dos pequenos abcessos do tecido cellular submucoso das paredes uretraes.

## NUMERO. SEDE.

Muitos cirurgiões, entre elles Lallemand, e Hunter affirmão ter encontrado seis e sete estreitamentos n'uma mesma uretra. M. Leroy d'Etyolles diz que raras vezes poderão exceder á dous. Segundo Civiale,

os estreitamentos organicos apparecem em maior numero nos pontos seguintes: orificio exterior do canal; região anterior da porção esponjosa na curva da sub-pubiana ou na juncção da porção membranosa com a bulbosa. São estes pontos a sede de predilecção dos estreitamentos organicos da uretra; entretanto elles podem se apresentar indifferentemente em todo o trajecto uretral. Em geral os estreitamentos atacam somente a mucosa uretral; poucas veses vão até a camada submucosa. E' rarissimo o caso, em que toda a espessura das paredes é invadida.

## PATHOGENIA. ANATOMIA PATHOLOGICA.

Os praticos não estão de accordo na questão da verdadeira naturesa dos estreitamentos. Entretanto, da divergencia das opiniões nascerão theorias diversas, que procurarão explicar a formação do tecido dos estreitamentos. E' assim que Sæmmering, Lallemand, e M. Civiale entendem, que os productos plasticos, que se desenvolvem nas paredes uretraes, longe de organisarem-se tornam-se engorgitados, espessos e duros, fazem saliencia para dentro do canal, dahi a diminuição do calibre da uretra.

Outros sustentam, que a inflammação produz a ulceração das paredes, e que estas se cicatrisando, se transformam em excrecencias, vejetações, e fungosidades, dando em resultado os estreitamentos chamados bridiformes, valvulares, carnosos e fungosos.

Diante dos importantes trabalhos de micrografos notaveis entre elles A. Reybard, estas doctrinas não são acceitaveis na cirurgia hodierna; a sua theoria, fundada em grande numero de factos, verificados por suas observações e experiencias, é hoje a mais geralmente seguida: não ha transformação de tecidos, como antigamente se pensava; as lesões da mucosa uretral, occasionadas, quer por ulcerações, quer por inflammações dão origem a um derramamento de lymphaplastica, que se organisando, constitue um tecido anormal, o qual depois de passar por diversos gráos de transformação degenera-se em um tecido da naturesa das cicatrises. Este, gosando da propriedade de retrahir-se, tende a estreitar o canal da uretra. Os tecidos primitivos, a custa dos quaes este se desenvolve, privados dos elementos de sua nutrição, se atrophião, e desapparecem por um trabalho de absorpção intersticial. O tecido de nova formação é menos espesso, e mais consistente, que o normal: muito retractil, elastico, e extensivel; sua cor varia, ora é esbranquiçada ou acizentada, ora não é alterada.

Os estreitamentos podem ser longos ou curtos, relativamente a sua disposição e extenção; dilataveis ou não dilataveis, conforme o gráo de organisação.

Diversos phenomenos consecutivos podem complicar a marcha já por demais assustadora das coarctações. E' assim que a dilatação do canal da uretra na parte posterior ao abstaculo, e a sua diminuição

adiante do mesmo são phenomenos, que preludiam a grande epopéia dos soffrimentos, que experimentam os desgraçados, atacados de estreitamentos.

A urina demorada atraz do obstaculo vae pouco a pouco dilatando o ponto correspondente ao canal até formar um novo reservatorio, onde vem depositar-se grande quantidade deste liquido; assim se explicam as incontinencias de urina nos affectados desta molestia.

Não pára ahi o cortejo de accidentes. Esta nova bolsa uretral pelo contacto do liquido irritante inflamma-se; donde resultam ulceração, dilaceração da membrana mucosa, abcessos, infiltrações urinosas, engorgitamentos da prostata, nephrites, dilatação dos ureteres, e um escorrimento blennorrhagico devido a inflammação chronica das paredes uretraes.

## SYMPTOMATOLOG A.

O cortejo variado de phenomenos, que constitue o quadro symptomatico dos estreitamentos organicos, apresenta-se em geral do modo seguinte: o começo da molestia passa quasi sempre desapercebido para o doente; pouco á pouco o jorro da urina vae diminuindo até tornar-se feliforme. O doente emprega muito tempo em urinar—disuria—tem incontinencia, a qual pode ser falsa ou verdadeira E' falsa, quando o doente depois de ter urinado sente escorrerem involuntariamente algumas gottas, que estavam accumuladas por detraz do estreitamento; é verdadeira quando o fluxo urinario se dá constantemente a pesar dos exforços do doente em querer contel-o, A incontinencia da urina sobrevem toda vez que a dilatação posterior se estende ao collo da bexiga, cuja força contractil se tem aniquilado. A urina é tambem modificada em sua forma, ora é achatada como a lamina de faca, ora jorra em spiraes, bifurca-se, um dos ramos cahe perpendicularmente, em quanto que o outro segue a direcção normal.

A disuria é a difficuldade que tem os doentes de urinarem. A medida que os estreitamentos vão progredindo, a urina encontra obstaculo em sahir, o doente é obrigado a empregar exforços para alliviar a bexiga, donde resullam desordens no canal intestinal, na mucosa rectal e na circulação. A disuria é o primeiro gráo da retenção parcial ou completa da urina; schuria, quando a urina sahe gotta a gotta; stranguria, quando ha impossibilidade da micção.

A urina retardada em seo reservatorio pelas diversas causas, que apontamos, experimenta alterações em seos elementos; torna-se amoniacal, aquosa e turva; deixa muitas vezes depor um sedimento cinzento; é purulenta; pode mesmo conter sangue, ou materias viscosas.

Um corrimento uretral fornecido pelos pontos lesados da uretra é tambem observado; nada tem de contagioso; secretado á noite, accumula-se na entrada do meato urinario, e forma o que se chama gotta militar. A dor é um phenomeno constante. Ella se faz sentir no acto de

urinar, no coito, e no catheterismo; é as veses branda; outras vezes muito activa. Segundo M. Reybard, ella é divida a dilatação brusca do canal, e a compressão da membrana mucosa.

## DIAGNOSTICO.

Os symptomas observados, e os signaes commemorativos podem por si sós justificar a existencia de um estreitamento. Em occasiões duvidosas porem o catheterismo da uretra será de grande proveito para o pratico, que duvidoso, receia emittir um juiso menos exacto. Para um diagnostico perfeito, convem tambem precisar a sede, o numero, a forma, e a naturesa do estreitamento; pois que no tratamento isto muito interessa E' o catheterismo, que ainda auxiliará o pratico.

Digamos em poucas palavras o modo porque este se pratica: o doente deitado em um leito, ou recostado a um movel, o operador se collocará ao lado esquerdo ou de frente, com a mão esquerda segura o penis na parte posterior da glande, o mantem entre os dedos medio e anular da mesma mão, deixando livres para arregaçar o prepucio o pollegar e o indicador; com a direita introduz a sonda até a união das porções bulbosa e membranosa, ahi elle abaixa o pavilhão da sonda afim de dar a sua ponta a direcção da porção ascendente da uretra, para não ir de encontro ao fundo do bulbo. No ponto estreitado a sonda não deve ser impellida com força e sim branda, e gradualmente, recuando-a quando encontrar resistencia, e impellida de novo até vencer-se o obstaculo. Isto se conhece pela sensação da resistencia vencida, e pela difficuldade, quando se tenta retirar o instrumento.

O catheterismo nem sempre é praticado de uma maneira facil; circunstancias ha, que difficultam esta operação, tão simples á primeira vista; aqui é um estreitamento com o diametro pequenissimo, ou com o orificio desviado em relação ao eixo do canal; alli a obliquidade, ou a sinuosidade do canal oppoem uma barreira invencivel; acolá contracções espamodicas.

Quanpo a abertura do orificio não corresponde ao eixo do canal, tem se aconselhado o seguinte: 1.° o emprego do conductor de Ducamp, 2.° as vellas de ponta recurvada, 3.° encher o conductor de vellas finas, e empurral-as succesivamente, 4.° o uso de vellas metallicas. No caso de obliquidade, ou sinuosidades, o operador deve empregar vellas finas de ponta de botão, e conserval-as uma ou duas horas no canal.

As contracções espasmodicas da uretra não são admittidas por muitos cirurgiões; entretauto na presença de factos, que attestam a sua existencia real, não se pode duvidar, que ellas existam, e frequentemente. Succede quasi sempre que estas tomam por origem a dor, que provoca a sonda na mucosa uretral. O doente experimenta dores, que elle traduz por um ardor ou prurido e após este o espasmo se manifesta no ponto estreitado.

Não admittiremos a opinião d'aquelles, que dão a tecido morbido a propriedade de contrahir-se; pois sabemos, e M. Reybard pro-

vou, que a membrana interna do corpo esponjoso, e o propio corpo esponjoso podiam explicar taes phenomenos. M. Jacquemet em suas dissecções reconheceo a estructura musculosa daquella membrama, e a transformação carnosa que soffria o corpo esponjoso, quando se hypertrophia.

Para evitar taes inconvenientes, isto é, os espasmos, aconselha-se: 1.º injectar antes um liquido oleaginoso, e conserval-o na uretra durante a introducção das sondas; 2,º demorar a sonda durante alguns dias; 3.º usar de um catheter rigido, de volume correspondente a diametro do canal estreitado; 4.º empregar sondas de grosso calibre, fazer pressões sobre a abertura para vencer a resistencia de suas paredes.

Os methodos seguidos na exploração do canal da uretra differem tanto na qualidade dos instrumentos usados como no modo de empregal-os· Digamos resumidamente os processos. Uns empregam sondas conicas de metal ou de goma. Duccamp e com elle grande numero de cirurgiões usavam de vellas chamadas exploradoras ou de ( empreute ), em cuja extremidade h uma ampôla de cêra, susceptivel de amolecer-se pelo calor da uretra; por este meio pretendia Ducamp reconhecer as coractações, o numero dellas, o logar onde existem, a forma porque se apresentam, e a sua naturesa. Ch. Bell explorava a uretraz de detras para diante, vice-versa com hastes metallicas olivares.

## PROGNOSTICO.

Os estreitamentos organicos da uretra constituem uma molestia sempre grave, não sendo tratados com todo cuidado. Os estreitamentos antigos são os mais perigosos. O cemprimento, o numero, e a sede influem muito no prognostico; os estreitamentos domeato urinario são menos perigosos que os das outras porções da uretra.

Muitos e.treitamentos n'uma uretra fazem pressentir um prognostico desfavoravel pera o doente.

## SEGUNDA PARTE.

### TRATAMENTO.

O tratamento dos estreitamentos organicos da uretra pode se dividir em geral, e local.

Um tratamento geral para os estreitamentos organicos é uma formalidade, que todos as praticos dispensam, sem que a sciencia perca cousa alguma. Delpech e M. Reybad disião: a naturesa é impotente, para curar um estreitamento; ainda mesmo ajudado do tratamento medico o melhor dirigido. Entretanto nunca será mal lembrada uma medicação, que tenha por fim preparar o organismo, e combatter ou minorar a influencia de algum vicio geral, que possa complicar a

marcha do tratamento. Para modificer a susceptibilidáde nervosa de alguns doentes e prevenir os accessos febris convem applicar banhos, chlysteres, sangrias e narcoticos. Nunca se deverá operar no inverno a não ser obrigado pelo estado perigoso do doente.

## TRATAMENTO LOCAL.

A therapeutica racional dos estreitamentos organicos da uretra comprehende trez processos geraes: dilatação, cauterisação, e incisão, dos quaes se dirivam muitos processos secundarios.

## DILATAÇÃO.

Os instrumentos dilatadores da uretra podem ser de duas naturesas: instrumentos que por sua propriedade hygrometrica augmentam de volume, e instrumentos fixos. Na primeira classe, as bugias, ou vellas, na segunda, as sondas. As bugias podem ser feitas de corda de tripta, pergaminho enrolado, marfim e muitas outras substancias de forma cilindrica, conica, ou furiforme; macissas ou oucas, rectas, ou curvas, differindo das sondas por não terem como estas uma ou duas aberturas, na ponta. As bugias podem ainda apresentar um ou muitos pontos bastante desenvolvidos, bugias de ventre, de n [illegible], olivares ou semi-olivares. As soudas ou algalias podem tambem ser curvas, rectas; de chumbo, estanho, prata ou goma elastica.

A dilatação pode ser lenta, progressiva, e brusca. Na dilatação lenta, uns conservam os instrumentos na uretra durante um tempo mais ou menos longo; outros somente alguns minutos—dilatação permanente, no primeiro caso; dilatação temporia no segundo. O cirurgião começa por introduzir uma sonda de pequeno calibre, que depois de demorada algum tempo na uretra é substituida por outra mais volumosa, e isto gradualmente ate a completa dilatação do canal. A dilatação progressiva só differe da precedente no tempo de demora, que deve ter as velas no canal.

Aqui velas mais finas substituindo velas mais grossas tanspoem o canal, e só devem ser demoradas alguns minutos. ou algumas horas.

Occasiões ha em que a dilatação temporaria é preferida á dilatação permanente; quando o instrumento poder ser introduzido e tirado sem difficuldade e incommodo para o doente, convem empregar a primeira; mas quando o contrario se der, e ainda mais a sonda provocar espasmos, dores, e reacções sympathicas, é prudente usar da dilatação permanente.

A dilatação brusca não é mais empregada. Mayor firmado no seo axioma—quanto mais duro e constricto o estreitamento, tanto mais volumosa deve ser a sonda, e mais consideravel a força de impulsão—pretendeu generalisar este processo, proclamando a sua superioridade delle sobre os outros meios de tratamento. Com algalias de duas a quatro linhas de diametro, Mayor franqueava todos os estreitamentos.

M. Reilard reprovando a dilatação forçada diz e com rasão que a uretra por mais extensivel que seja, nunca poderá ser distendida bruscamente a não dar-se a rotura de suas paredes, accidente que traz sempre consigo a producção de caminhos falsos.

As injecções forçadas por meio do mercurio, e as insuflações d'agua ou de ar de Ducamp são tambem empregadas como dilatadores da uretra. As injecções se fasem com o instrumento seguinte—um tubo metallico de 7 a 8 mill. de diametro, e de 16 a 18 centrim de comprimento, aberto nas extremidades, e guarnecido de um mandarim. A extremidade superior em forma de funil, é fechada, e apresenta duas aberturas, por onde entram duas canulas, em cujas pontas se vê uma valvula de pergaminho. Introdusido o instrumento até o ponto estreitado e retirado o mandarim, pela abertura faz se entrar uma vela flexivel, comprime-se a uretra atraz do estreitamento, e fixando o instrumento, injecta-se o liquido.

O dilatador mecanico de M. Reylard se compõe de dous ramos elasticos que se afastam por meio de uma manivela. Uma escala graduada serve de indicar o gráo de distensão, que se deseja. Segundo M. Reylard, o seo dilatador não provoca a inflammação da uretra e dá ao canal maiores dimenções.

O modo de obrar das sondas, as modificações, que soffrem os tecidos morbidos, e os resultados da dilatação constituem um dos pontos mais importantes da therapeutica dos estreitamentos. Vamos expor resumidamente as diversas theorias, com que se pretende elucidar a questão. Uns entendem, que a cura tem logar pela resolução do tecido morbido; as sondas favorecendo a atrophia deste tecido, restituem aos tecidos normaes as propriedades de que elles eram dotados. Os principios existentes em sua espessura são absorvidos, e o canal reassume a sua capacidade normal.

Outros sustentam, que as sondas provocam a irritação das paredes uretraes, irritação que tem a propriedade de absorver os principios morbidos, depositados nos tecidos, e desengorgital-os. Ainda ha quem pense, que as sondas impellidas com força comprimem os tecidos, ulcera-os, e mortifica-os

Taes opiniões ahi deixamos sem comentario. Ellas não são sustentaveis perante os conhecimentos adquiridos sobre a naturesa dos estreitamentos. A theoria de M. Reylard satisfaz completamente as exigencias da sciencia. Segundo este illustre cirurgião, a retractilidade, propriedade essencial ao tecido de nova formação, não é aniquilada pelas sondas, cuja acção é toda mecanica, e nada tem de vital, como pensavam alguns; obrando mecanicamente, diminuem de alguma sorte a propriedade rectractil destes tecidos.

A elasticidade resultado da acção combinada da extensibilidade e da retractilidade, é a propriedade mais importante, de que elles gosam. E' em consequencia della, que os estreitamentos obedecem á acção dilatadora das sondas, acção esta, que é neutralisada pela segunda destas propriedades—a retractilidade.

A retractilidade, resistindo a acção dos instrumentos constitue a verdadeira causa da incurabilidade destes.

E' a dilatação lenta e continua, a mais garalmente empregada. A dilatação encarada como meio de cura dos estreitamentos organicos, e relativamente aos demais processos apresenta resultados immensos, que—é preciso confessal-o—constituem uma das mais immorredoras glorias da cirurgia.

## CAUTERISAÇÃO.

A primeira epocha deste processo data do seculo 15. Feri, A Paré, e F. de Hilden forão os primeiros que o praticarão. Aperfeiçoado depois por Hunter, Harnott e Ducamp, gosou de credito durante muito tempo; hoje a pesar da bella theoria de Ducamp no emprego da cauterisação, ella está quasi esquecida.

No modo de pratical-a pode-se proceder de diante para tras, do centro para a periferia, e detraz para diante—cauterisação directa, lateral, e retrograda.

Era nos estreitamentos infranqueiaveis, que Hunter empregava a cauterisação directa. Everard Hone substituio ao portacaustico de Hunter uma vela port anitrato, meio bastante perigoso, e nunca empregado.

O porta caustico de M. Leroy e o melhor instrumento e que se deve empregar quando se quizer uzar da cauterisação. Elle se compõe de um tubo de gomma elastica de curvadura fixa, com duas virolas nas extremidades e com um obturador que tapa a extremidade interna do tubo. O nitrato de prata se acha dentro de uma capsula de platina e fica em uma haste.

Depois de um minuto de demora, tempo sufficiente para a cauterisação, o instrumento é retirado pora de novo se continuar com trez dias de intervallo.

A cauterisação lateral e retrograda são semelhantes á precedente, differindo apenas no modo porque os instrumentos e o cauterio são dirigidos. Quando se quer empregar o processo lateral, convem usar do porta caustico de Ducamp, ou das sondas de cauterisar de Lallemand. M. Leroy d'Esticile nos estreitamentos franqueiaveis emprega a cauterisação retrograda com o porta caustico—olivar.

Na cauterisação, como na dilatação, muitas theorias se debatem, cada qual procurando explicar a acção dos differentes agentes de cauterisação. Para uns a cauterisação promove a inflammação do tecido inodular, inflammação providencial, que tem por fim a resolução do tecido morbido. Para outros ella associada á dilatação não destroe os tecidos, mas amolece-os á maneira de um modificador, favorece a absorpção dos principios infiltrados e facilita a dilatação pelas sondas.

A cauterisação è um meio de tratamento bastante perigoso. A dor, a retenção de urina, e as hemorrhagias acompanham-na sempre ainda mesmo nas mãos dos praticos os mais experimentados. A

falta de precisão na sede dos instrumentos, obrigando o operador andar muitas vezes as apalpadelas no acto da operação, explicam de alguma sorte os poucos successos deste methodo. Accresce ainda, que a escara, ou a inflammação, produzida pelo caustico obstrue o canal dando em resultado a retenção da urina, ou que a substancia caustica da vela se disprenda, ou quebre-se em fragmentos, que irão fazer grandes destruições na uretra.

As experiencias de M. Reylard provão evidentemente, que a cicratris rectractil formada pela cauterisação produz estreitamento lá onde não havia os mais leves traços de coractação, que a recahida é inevitavel quando se cauterisa o canal ou se associa esta a dilitação. Quanto a epocha da apparição do estreitamento varia conforme a dilatação è continua ou interrompida.

## URETROTOMIA.

A uretrotomia é uma operação que consiste na incisão das paredes da uretra com o fim de destruir os estreitamentos e prevenir ou faser cessar os accidentes, que elles determinão.

A incisão pode ser superficial, isto é, atacar somente a membrana mucosa da uretra—coarctotomia. Quando porem a encisão for alem da mucosa teremos a uretrotomia interna. A uretrotomia externa, que é uma variédade do processo geral, está hoje adoptada na França e na Inglaterra.

Ella consiste n'uma incisão, que partindo da pelle vai até a mucosa.

A uretrototomia não é uma conquista da cirrugia moderna; ella era praticada nos primeiros tempos da arte cirurgica. Esquecida e abandonada até 1812, quando Arnott na Inglaterra fel-a erguer do esquecimento, em que jazia, e Amussat na França em 1825. Os instrumentos empregados na uretrotomia são chamados uretromos ou escarificadores; a sua discrição será feita á medida que formos tratando de cada um dos processos em particular,

## COARCTOTOMIA.

Na coarctotomia, a incisão so comprehende os tecidos morbidos. Grande numero de instrumentos tem sido inventados para esta operação, entre elles existem os coarctotomos de Amussat, Ricord, Leroy e Reylard, os quaes se compõe, com poucas modificações de uma sonda curva ou recta, fendida em um dos seos lados, tendo no seu interior uma haste terminada em lamina cortante. Esta occulta na occasião de introdusir-se o instrumento, torna-se saliente ao nivel do estreitamento.

Quando a coarctotomia tem de ser feita de diante para traz, convem seguir as regras seguintes—o doente deitado, o operador segura o glande com a mão esquerda, e com a direita armada com o instru-

mento, o introduz no meato; impelle-o suavemente até o orificio do estreitamento, onde depois de o feixar, impurra a haste, que franqueiando o obstaculo o corta em um ou mais pontos. Nos estreitamentos infranqueaveis, a dilatação previa é indispensavel, como meio de facilitar a entrada do instrumento.

Depois da operação concluida, convem muito uma sonda no canal, para impedir que a ferida se sicatrise por primeira intenção.

A coarctotomia com quanto muito preconisada pelos cirurgiões antigos, está hoje abandonada, como perigosa e inefficar. Na opinião de M. Reibard, a reprodução dos estreitamentos é infallivel na coarctotomia;—as sondas em contacto com um estreitamento escarificado alem de romperem a membrana mucosa desligam-na do tecido esponjoso, que irritado pela presença daquella inflamma-se. Esta inflammação por muito branda que seja do logar a exsudação de lympha plastica, que tende a transformal-a em tecido fibroid e retractil. A inflammação muito intensa se termina por suppuração, donde o resultado será a distruição do corpo esponjoso, e por conseguinte uma cicatriz. Quer n'um quer n'outro caso o estreitamento reapparece.

## URETROTOMIA INTERNA.

### Processo de M. Reibard.

No processo de M. Reibard, a incisão só deve interessar a espessura das paredes da uretra até o tecido cellular submuscoso. O uretrotono mais empregado pelo author se compõe de duas peças— a primeira é uma canula de 25 cent. de comprimento aberta nas extremidades, e apresentando de um lado uma fenda, por onde sahe a lamina cortante do mandarim, a ponta desta canula é disposta de maneira que possa ser obliterada por um pequeno capus, ou receber a porção curva de uma sonda, conforme quiser o operador um instrumento recto ou curvo. Na extremidade externa existem um anel e um botão que servem de fixar o mandarim a sonda; um regulador movel marca o ponto da uretra, que se quer attingir. O mandarim, segunda peça do instrumento, é de forma mais ou menos achatada, e apresenta unidas inferiormente duas hastes das quaes uma sustenta a lamina que tem de faser as incisões, presa por um parafuso. Um outro regulador marca o gráo de abertura do instrumento, e duas hastes de aço que se recurvão pelo aproximamento das duas extremidades, dilatão a uretra e facilitão a incisão.

Convem antes de operar os doentes submettel-os a um tratamento preparatorio com o fim de enfraquecer as influencias sympathicas, de que é suceptivel o estado particular da uretra; assim como tambem dilatar o ponto estreitado, pois que o uretrotomo tem de franqueal-o, e mesmo servirá para embotar a sensibilidade exagerada tão commum em alguns individuos.

Observados os mesmos principios e regras para a dilatação e co-

arctotomia, o operador atravessa o estreitamento com o uretrotomo; distende o penis, alongando-o tanto quanto poder sobre a canula afim de diminuir a espessura e a largura das paredes uretraes, e pratica a secção imprimindo ao mandarim movimentos brandos e ligeiros.

As incisões devem ser feitas nas partes lateraes da uretra, ponto onde as paredes são mais espessas e não ha perigo de offender as arterias bulbosas; ellas devem ter 4 a 5 millim. de profundidade sobre 6 a 7 centim. de extenção. No tratamento consecutivo á operação, M. Reibard deixa nos bordos da ferida uma sonda. Esta mantendo os bordos da ferida separados, fal-os cicatrisar de modo a augmentar o diametro do ponto estreitado.

E' assim que M. Reibard diz ter conseguido cicatrises largas flexiveis e pouco retractis. A hemorrhagia e o derramamento de sangue na bexiga, a formação de coagulos sanguineos, a infiltração urinosa, a febre, os abscessos, e a flebite são as complicações, que podem agravar o tratamento.

## URETROTOMIA ENDOSCOPICA.

### Processo de M. Desornemaux.

A uretrotomia endoscopica é empregada nos estreitamentos infranqueaveis, quando o catheterismo é impossivel. Nos estreitamentos acompanhados de retenção completa da urina, o processo endoscopico é muito vantajoso; pois que a puncção da bexiga pode ser despensada; nos estreitamentos franqueiaveis, o endoscopo aindo auxilia o pratico; aqui elle pode com a vista acompanhar todas as peripecias da operação, vantagens que não se encontra nos processos ordinarios.

O instrumento a que dão o nome de endoscopo é destinado principalmente a observação do interior da uretra, e se compõe das peças seguintes—uma sonda de prata recta, tendo em um dos lados, uma abertura, um tubo com um pequeno orificio central, por onde se pode ver todo interior da uretra—um espelho inclinado a 45.° tambem com um orificio central, e uma lentilha, plano—convexa. A ultima parte do instrumento consta de uma lampada de gasogenio dentro de um tubo de chaminé, e um espelho concavo servindo de reflectir a luz na lentilha convergente.

As incizões são feitas com istylêtes, facas de corte um pouco convexo terminado em botão, e de cabo curvo. Convem para que as incisões sejão completas, que o operador tenha mais de um istylête de corte em sentido differente do primeiro, e outro olivar para a exploração do orificio; sobre tudo quando se tratar de estreitamentos filiformes.

Dilatada a porção da uretra anterior ao ponto estrutado, é facil introdusir sondas de calibre consideravel, que tem a grande vantagem de offerecer ao olho do observador um campo visual mais vasto; depois do que o operador empunhando a sonda do endoscopo, un-

lada de oleo, a introduz até o orificio externo do estreitamento. A abertura lateral da sonda deve ficar do lado da mão direita do operador para na occasião de introduzir o istytête, poder manejal-o a vontade. A extremidade da sonda elle adapta a segunda peça do instrumento, tendo o cuidado de voltar para a mão esquerda a lentilha convergente. Assim reunida a primeira parte do endoscopo, e sustentada horisontalmente pelo operador, um ajudante fixa á segunda peça do instrumento a lampado e o tubo de chaminé.

Isto feito o endoscopo se apresenta montado, e o operador não tem mais do que terminar a parte mais importante do processo endoscopico—a incisão dos estreitamentos.

Supposta já praticada a exploração do canal, o operador sustentando o endoscopo com a mão esquerda, introduz com a direita um istylête na fenda lateral da sonda, e com movimentos brandos impressos ao cabo deste, fal-o penetrar na espessura do tecido do estreitamento que é cortado de diante para traz.

As incisões devem ser pouco profundas e comprehender somente os tecidos morbidos. Quando elles são muito rigidos, M. Desormeaux faz duas a quatro incisões Por meio do exame endoscopico, o cirurgião consegue muitas veses faser incisões no logar, onde os estreitamentos apresentão mais espessura e no caso de desvio do canal no ponto onde se possa remediar a direcção normal deste. A operação terminada, recommenda M. Desormeaux que se conserve na uretra até a cicatrisação da ferida uma sonda de goma elastica de forte diametro. Piquenas hemorrhagias, e febre de carater brando são as complicações, que se tem observado na uretrotomia endoscopica.

## URETROTOMIA EXTERNA.

### BOUTONNIERE OU OPERAÇÃO DA CASA.

Como a cauterisação e a uretrotomia, a boutommière data tambem de epocha muito remota. Phases e Amussat fallam della em suas obras. Preconsisada pelos mais celebres cirurgiões Collot, Bertrand, Hunter e Deschamp, esquecida e abandonada durante muito tempo, hoje se acha em fim aperfeiçoada por M. Syme um dos seos mais ardentes propugnadores. O processo de M. Syme e cuja descripção vamos ligeiramente traçar, é o seguinte:—o doente deitado, como para uma das operações de que já tratamos, o operador introduz, segundo as regras ja indicadas para o catheterismo, uma sonda até o ponto estreitado. Esta entregue a um ajudante, o operador levanta os testiculos, distende as partes com a mão esquerda, e com a direita armada de um bisturi faz na parede perineal da uretra uma larga incisão, que comprehenda todas as suas camadas até o catheter. Retirando um pouco este, introduz na uretra uma tenta—canula, e sobre esta corta o estreitamento de diante para traz, fazendo uma incisão, que vá algumas linhas alem do ponto estreitado.

Alguns cirurgiões aconselham, que se faça a incisão na parte posterior do estreitamento; para elles o conductor é uma circunstancia dispensavel para o bom exito da operação. M. Reibard ao contrario sustenta a conveniencia do catheterismo, a vista das defficuldades, que surgem no acto da incisão. Elle tambem recommenda a distenção previa do canal por meio das injecções de mercurio.

Convem demorar no canal a sonda com o fim de separar os labios da ferida para que não haja reunião por primeira intenção, e mesmo para prevenir a irritação que a passagem da urina pode provocar. A boutonniere, como a uretrotomia interna, é hoje geralmente empregada, como esta, ella tem as suas vantagens, e os seos inconvenientes— fistulas urinarias e todos os accidentes da dilatação. Para M. Vidal, o processo de M. Syme é superior ao de M. Reibard; para outros elle é muito perigoso, e só aconselhado em casos muito excepcionaes.

## PUNCÇÃO DA BEXIGA.

Toda vez que se der a retenção da urina, e que a bexiga em completo estado de plenitude, ameaçar os dias do doente, a puncção da bexiga é aconselhada. Os antigos recorriam a esta operação em casos analogos. Ella pode ser feita em trez regiões—hypogastrica, rectal e perineal. Os instrumentos empregados compõe-se de um bisturi, e um trocater recto ou curvo.

A puncção hypogastrica, a unica hoje empregada, era feita antigamente no ponto que corresponde a direcção do bordo externo e inferior do musculo recto, onde a bexiga se acha despida da folha peritomal que a envolve. Tendo-se dado algumas vezes a lesão da arteria epigastrica neste ponto, os cirurgiões escolheram para logar da puncção a linha alva uma polegada a cima da symphise do pubis. O doente no decubitus dorsal com a cabeça e o peito pouco levantados; as coxas dobradas sobre o abdomem o operador perfura a parede abdominal dando ao instrumento forte impulsão, capaz de penetrar as paredes da bexiga atè o seo interior, o que o operador reconhece pela falta de resistencia, que encontra no instrumento, e por algumas gottas de urina, que sahem pelo rêgo do instrumento.

Feita a puncção, retira o trocater, deixando a canuola na ferida até evacuar completamente a bexiga.

As puncções perineal e rectal estão inteiramente abandonadas.

O manual operatorio e identico em todas ellas com a mudança somente dos logares, onde se deve faser a incisão. Nos casos em que a puncção perineal tiver de ser empregada, o cirurgião reconhecendo as vantagens do buntonniere, fará bem preferindo-a.

# SECÇÃO CIRURGICA.

## PROPOSIÇÕES.

### Phlegmão diffuso.

1.ª—O phlegmão diffuso, chamado tambem, phegmão erysipelatoso, erysipelaphlegmonosa, phlegmão gangrenoso, é uma inflammação, que ataca o tecido cellular, emprimindo-lhe grandes desordens.

2.ª—As causas determinantes do phlegmão diffuso são muito variaveis.

3.ª—Nas mulheres e nos meninos, é elle muito raro.

4.ª—Para muitos cirurgiões, é uma molestia contagiosa.

5.ª—No phlegmão diffuso distingue-se trez periodos bem caracterisados—periodo de inflammação—periodo de mortificação, e periodo dee liminação das escaras.

6.ª—O phlegmão diffnso não pode ser confundido com o phlegmão simples e a ersipela adematosa.

7.ª—A angioleucite e a phylebite são duas molestias differentes do phlegmão diffuso.

8.ª—O prognostico é em geral grave.

9ª—A primeira iudicação a preencher é remover por meios apropriados a causa productora do mal.

10.ª—O tratamento mais frequentemente empregado consiste em praticarincissões profundas mais ou menos, conforme a sede do phlegmão.

11.ª—O tratamento geral não deve ser dispensado.

12.ª—Na maioria dos casos, a morte é a consequencia da suppuração, que esgota as forças do doente.

## SECÇÃO MEDICA.

### Acção phisiologica e therapeutica do iodo.

1.ª—O iodo é um metalloide simples, que existe na turesa sempre em estado de combinação.

2.º—Na economia animal, os seos effeitos podem ser geraes e locaes.

3.ª—O iodo é um ante septico por excellencia.

4.ª—As alterações produsidas por elle são de trez ordens primitivas—secundarias, e terciarias.

5.ª—Os phenomenos socundarios são caracterisados por perturbação da vista, zunido nos ouvidos, circulação apressada, e sephalagia, accidentes, que constituem um estado particular—a embriaguez iodica.

6.ª—A absorpção do iodo, e sua rapida iliminação estão hoje provadas por experiencias concludentes.

7.ª—No terceiro graó das alterações, que o iodo provoca observa-se um estado morbido caracteristico chamado por unssaturação iodica, por outros iodismo constitucional.

8.ª—O iodo é empregado com muita vantagem nas papeiras resultantes da hypertrophia da glandula thyroide.

9.ª—Nos symptomas terciarios de siphiles é elle um poderoso medicamento.

10.ª—E' tambem de grande proveito nas molestias de pelle.

11.ª—No tratamento da hydrocele a tinctura de iodo é empregada por velpeau com resultados satisfatorios.

12:ª—A exemplo de Velpeau, injecções iodadas forão tambem applicadas nas ascites, hydarthroses, e hydropesias.

# SECÇÃO ACCESSORIA.

## Vinhos medicinaes.

1.ª—Em pharmacia, chama-se vinho medicinal o resultado da dissolução de uma ou muitas substancias medicamentosas no vinho.

2.ª—Os vinhos que entrão na conficção deste preparado, podem ser de tres qualidades—vinhos vermelhos—brancos, e vinhos de licor.

3.ª—E' por meio da destillação, ou do alcocometro de Gay-Lussac, que se conhece o gráo alcoometrico dos vinhos.

4.ª—A agua, o alcool, e algumas substancias entre ellas o paó campeche são as materias, de que ordinariamente lanção mão os falsificadores dos vinhos.

5.ª—Para a bôa conservação dos vinhos, convem que elles sejão purificados a todas as substancias estranhas, contidas nelles.

6.ª—Os meios de purificalos varião conforme a qualidade delles.

7.ª—Os vinhos não devem a sua propriedade dissolvente somente á agua e o alcool. Os outros corpos, que entrão na sua composição, tambem dão-lhe propriedades dissolventes importantes.

8.ª—Na preparação dos vinhos medicinaes, não é indifferente a escolha destes. Os mais ricos em alcool são os preferidos.

9.ª—A naturesa da substancia, que se quer dissolver, influe tambem na escolha dos vinhos.

10.ª—Na preparação dos vidhos medicinaes, convem empregar substancias seccas. Entre os vegetaes, as plantas ante—sconbuticas são as unicas empregadas verdes.

11.ª—E' por meio da maceração, e das tincturas alcoolicas, que se fabricão os vinhos medicinaes.

12.ª—O methodo de deslocamento de M. Boullay é defeituoso.

# HIPPOCRATIS APHORISMI

1.°—Morborum acutorum non omninó tatœ sunt predictiones, neque mortis, neque sanitatis.

2.°—Non febricitanti appetitus dejectus et oris ventriculemorsus et tenebricosa vertigo et os amarescens sursum purgante opus esse, indicat.

3.°—Si quis sanguinem mingatet grumos est urinœ stillicidium habeat et dolor incidat ad imunventrem, et perinaum, partes circavesicam laborant.

4.°—Quibus in urina arenosa subsident, illis vesica calculo laborat.

5.°—In febribus abscessus qui non solvantur ad primas judicationes, morbi longitudinem significant.

Mulieri menstruis dificientibus, et naribus sanguinem fluere, bonum.

Remettida a commissão revisora. Bahia Faculdade de Medicina 14 de Agosto de 1865.

DR. GASPAR.

Esta these está conforme os estatutos. Bahia 21 de Agosto de 1865.

DR. MOURA.
DR. J. SODRÉ.
VALLE JUNIOR.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 19 de Março de 1867.

DR. BAPTISTA—DIRECTOR.

BAHIA:—TYP. DA *CONSTITUIÇÃO* DE F. A. DE FREITAS.—1867.